№ 6. WARSZAWA, CZERWIEC 1934 ROK VI

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. med. KAZIMIERZ CYTRONBERG (Warszawa).

LECZENIE CIĘŻKIEJ KIŁY KALOMELEM I SZCZEPIONKAMI NIESWOISTEMI.

Od czasu odkrycia Ehrlicha i od chwili wprowadzenia w ogólne użycie preparatów rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych bizmutu przez *Lewaditiego* sprzężone leczenie kiły przetworami bizmutowo-salwarsanowymi wzbogaciło nasz zapas środków, służących do traktowania kiły we wszystkich jej okresach. Do dni ostatnich jednakże rzadko który z klinicystów zgodziłby się z lekkim sercem porzucić ostatecznie stosowaną od tak dawna rtęć w najrozmaitszych jej postaciach, poczynając od stosowanych z dawien dawna wcierań maści rtęciowej, szaruchy, aż po szereg rozmaitych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych związków rtęciowych. O ile jednakże sprzężone leczenie bizmutowo-salwarsanowe stało się powszechnym dobytkiem w leczeniu wczesnych okresów kiły, o tyle w późniejszych jej okresach rtęć i jej pochodne zajmują po czasy dzisiejsze wcale poczesne miejsce. W pracy niniejszej pragnęlibyśmy podnieść nieprzebrzmiałe znaczenie rtęci jako jednego z podstawowych środków w walce z przymiotem i wykazać, że w nierzadkich przypadkach, gdzie kiła zdradzać poczyna tendencje do niekorzystnego przebiegu, a zwłaszcza, gdy wykazuje ona skłonność neurotropową, — rtęć często w najenergiczniejszej swej postaci, mianowicie, w postaci 10% zawiesiny kalomelowej w oliwie oddać nam może jeszcze duże usługi i podnieść znacznie szanse korzystnego opanowania cierpienia tam, gdzie sprzężone leczenie bizmutowo-salwarsanowe nadzieje nasze zawiodło. Pragnęlibyśmy również przedstawić w miarę skromnych możliwości, że połączenie wstrzykiwań zawiesiny kalomelowej z leczeniem bodźcowem za

pomocą szczepionek nieswoistych może w nierzadkich przypadkach dopomóc w sposób widoczny do niejakiego opanowania groźnych skutków, jakie w niekorzystnym dla chorego organizmu przebiegu kiła przyjąć może.

Chory S. T., student, zaraził się przymiotem w kwietniu 1928 r. Z pierwotnym owrzodzeniem zgłosił się do lekarza na prowincji; leczenie jednak rozpoczęte zostało dopiero po wystąpieniu różyczki z dodatnim odczynem Wassermana we krwi (+++—). Przebieg leczenia, prowadzonego nader regularnie z przerwami 3-miesięcznemi przez pierwsze 3 lata cierpienia, przedstawiał się w sposób następujący:

I kuracja: 12 wstrzyknięć JBichininy + 11 wlewań neoarsenobenzolu (ilość ogólna ostatniego nieznana, leczenie bowiem prowadzone było przez lekarza na prowincji).

II kuracja: 16 wstrzyknięć Bismuthoidol „Robin" + 10 wlewań Neoarsenobenzolu (ogółem 4,5) + KJ e 15,0 — 600,0.

III kuracja: 16 wstrzyknięć Bismuthoidol + 10 wlewań Neoarsenobenzolu (ogółem 4,5) + KJ e 15, — 600,0.

IV kuracja: 12 wstrzyknięć JBichinin + 10 wlewań Neoarsenobenzolu (ogółem 4,5) + KJ e 15,0 — 600,0.

V kuracja: 24 wcierań szaruchą + 24 wstrzyknięć Ovolecithin „Billon" + KJ jak pow.

VI kuracja: 24 wcierań szaruchą + 12 wstrzyknięć jak pow.

Krew badana po każdej serji zabiegów dawała stale odczyny Wassermana ujemne. Tuż po ostatniej kuracji stwierdziliśmy jednak u chorego: źrenice równe, okrągłe, lewa oddziaływała na światło dobrze, prawa nieco leniwiej; na nastawienie oddziaływanie było jednakowo zachowane. Odruchy kolanowe były zachowane, prawy jednak nieco powolniejszy od lewego; takież były odruchy piętowe. Choremu wstrzyknięto 2-krotnie mleko. Nieco zaniepokojeni stanem odruchów źrenic, kolanowych i piętowych, po porozumieniu się z neurologiem, poradziliśmy dokonanie nakłócia lędźwiowego. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dało wyniki następujące:

Odczyn Wassermana — wybitnie dodatni (++++), Nonne Apelt— dodatni, 8—10 limfocytów w 1 mm^3, odczyn Langego — dodatni. Po porozumieniu się z neurologami zadecydowano wstrzymać się na razie z szczepieniem zimnicy, postanowiono natomiast dalsze leczenie swoiste. Zadanie było niełatwe. Ponieważ do tej chwili, jak widać powyżej, chory przestrzegał leczenie nader skrupulatnie, musiało się dojść do wniosku, że postępowanie w sposób dotychczasowy prawdopodobnie znaczniejszej poprawy w stanie chorego sprowadzić nie zdoła. Postanowiliśmy wobec tego uskutecznić dalsze leczenie za pomocą wstrzyknięć 10% zawiesiny kalomelu ex tempore parati w oliwie i połączyć takowe z następowemi

wlewaniami dożylnemi szczepionek nieswoistych, powodujących, jak wiadomo, przy podaniu dożylnem znaczne skoki ciepłoty.

W kwietniu 1930 r. po uprzednim stwierdzeniu braku zmian patologicznych w moczu wstrzyknięto choremu dopośladkowo 0,02/1,0 wodnego rozczynu aminobenzoylo-diaethyloamino-etanolu („Gessner"), którym w celach znieczulenia obstrzyknięto teren dookoła kanału wkłócia (igła 4½ centymetra długa), i przez tęże igłę, nie wyjmując jej, po upływie 2 minut wpuszczono 0,5 wymienionej powyżej zawiesiny kalomelowej. Zalecono choremu nader częste płukanie ust środkami ściągającymi i pędzlowanie dziąseł 10% ac. chromicum i 10% arg. nitricum 3 razy dziennie na zmianę. Po 5 dniach wobec korzystnego wyniku badania moczu, który zresztą dopiero pod koniec opisywanej kuracji wykazywał ślady białka i kilka wałeczków szklistych na preparacie, choremu wstrzyknięto w sposób opisany 1,0 zawiesiny kalomelowej, a potem co 7 dni po takiejże dawce preparatu. W ten sposób w przeciągu niecałych 5 tygodni chory otrzymał ogółem 5,5 zawiesiny w 6 dawkach. Ponieważ po każdym zabiegu chory miał stan podgorączkowy, trwający niekiedy do doby, a bóle dziąseł i w miejscu wstrzyknięć również dość znacznie obniżyły jego samopoczucie, a ponieważ ponadto spadek na wadze i stan moczu również wskazywały na potrzebę przerwania wstrzyknięć, — choremu zalecono urlop wypoczynkowy miesięczny z pobytem na wsi.

Dopiero po przerwie 5-tygodniowej przystąpiliśmy do drugiej połowy zamierzonego leczenia. Sprawdziwszy brak zmian w moczu, dokonano szeregu zabiegów, jak poniżej.

10.VI.930 wstrzyknięcie dożylne 0,3 gonoccini. Ciepłota wzrosła do 38°9, trwała, spadając powoli, przez 26 godzin. Chory odczuwał dreszcze, łamanie w kościach, bóle w stawach, bóle głowy; dwukrotnie wymiotował.

13.VI. wstrzyknięcie dożylne 1,0 Dmelcos. Ciepłota osiągnęła 39°8 i, spadając stopniowo trwała przez dobę. Objawy podobne do powyższych o znaczniejszym natężeniu.

17.VI.30 wstrzyknięcie dożylne 0,5 Genoccini. Ciepłota podniosła się do 38°7, trwała, spadając, około 14 godzin. Dreszcze, bóle głowy, senność, osłabienie.

21.VI. wstrzyknięcie dożylne 1,5 Dmelcos. Ciepłota doszła do 38°5, trwała prawie dobę, spadając powoli. Objawy, jak powyżej.

26.VI. wstrzyknięcie dożylne 2,5 Dmelcos. Ciepłota do 38°9 przez 13 godzin, powoli wracała do normy. Wyraźniejsze osłabienie i senność.

30.VI. wstrzyknięcie dożylne 0.8 Gonoccini. Ciepłota do 38°9, trwała przez dobę, wracając stopniowo do zwykłej wysokości. Wybitna senność, znaczne osłabienie.

W ten sposób po 3 dożylnych wstrzyknięciach Gonoccini i 3 Dmelcos leczenie zostało zakończone.



CYTRO-SALICYLAN
PIPERAZYNY
URAZIN
nowy silny rozpuszczalnik
kwasu moczowego i jego
soli-moczanów
Dna — Kamica nerkowa — Gościec
Dawki: 1 — 2 łyżeczki w 1/2 szklance wody,
po obiedzie i po kolacji
Flakon zawiera około 75 g. Urazyny musującej.
LUDWIK SPIESS i SYN
SP. AKC. WARSZAWA
URAZIN
GRAN.
GĄSIEWICZ

Po 4 miesiącach przerwy i po odpoczynku na wsi stan chorego wykazywał: źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło i nastawienie bez zmian. Odruchy kolanowe, piętowe, brzuszne i mosznowe zachowane. Romberg ujemny. Badanie krwi dało wynik ujemny. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (Dr. E. Pros): odczyn Wassermana dał wynik ujemny, Nonne Apelt — ujemny, 2 leukocyty w 1 mm, próba Pandy'ego — wynik ujemny.

Chory B. L., tapicer, l. 27, kawaler; kiła pono od 1925 r. Przyjął, jak twierdził, 3 kuracje swoiste, I rtęciowo-neoarsenobenzolową, drugą i trzecią bizmutowo-neosalvarsanowe, tę ostatnią w połowie 1926 r. Od tego czasu pono leczony nie był. Chory bardzo podniecony, wyrywał się otoczeniu, zdradzając chęć ucieczki; twierdził, wykrzykując głośno, że jest zdrów zupełnie, że wszyscy inni, wliczając w to i lekarza, są chorzy; na pytania odpowiadał od rzeczy. Bardzo niedokładnie pamiętał przebieg leczenia dotychczasowego. Łatwo przeskakiwał z jednego tematu rozmowy na inny, wykazywał znaczne braki krytycyzmu. Zgodnie z twierdzeniem rodziny miewał w ostatnich tygodniach ataki szału, tłukł i niszczył wszystko, co mu wówczas w rękę wpadało. Przychwycono go w nocy z nożem w ręku, z którym skradał się do pokoju rodziców; gdy nóż zabrano, rzucał w ojca i brata, do których był zawsze szczerze przywiązany, ciężkie przedmioty, sprzęty. Poza tem stale w ostatnich czasach szukał zwady, bijatyki. Próba pisania wykazała opuszczanie liter, zgłosek. Powtarzał zdania, podane przez lekarza, przekręcając wyrazy, mnożył do 100, myląc się. Źrenice były okrągłe, prawa nieco szersza od lewej, na światło i nastawienie oddziaływała nieco szybciej od lewej. Odruchy kolanowe zachowane, prawy nieco wzmożony; odruchy piętowe zachowane, prawy wyraźnie wzmożony (stopa prawa przy wykonywaniu odruchu podrygiwała). Odruchy brzuszne: prawy nieco wzmożony, l. zachowany. Odruchy mosznowe: prawy ledwie uwidacznia się, lewy zachowany. Odczyn Wassermana we krwi wybitnie dodatni, citocholowy dodatni. Mocz bez zmian. Nakłócia lędźwiowego nie dokonano wobec sprzeciwu chorego, a zwłaszcza rodziny.

Leczenie w tym przypadku miało przebieg nieregularny.

3.VI.32 po znieczuleniu, jak powyżej, wstrzyknięto 0.5 zawiesiny kalomelowej 10% w oliwie.

7.V. wstrzyknięto 1,0 jak wyż.

14.VI. wstrzyknięto 1,0 jak wyż.

21 VI. wstrzyknięto 1,0 jak wyż.

31.VI. wstrzyknięto 1,0 jak wyż.

7.VI. wstrzyknięto 1,0 jak wyż.

Badanie moczu do dnia 31.VI. zmian nie wykazywało. 1.VII. w moczu stwierdzono 0,03‰ białka i 4 wałeczki szkliste na preparacie, po


CARDIOGEN
KLAWE
AMPUŁKI
KROPLE
ORYGINALNY POLSKI
HORMON SERCOWY

ostatnim wstrzyknięciu kalomelu ilość białka 0,03%, 5—7 wałeczków szklistych na preparacie.

Po 2-tygodniowej przerwie 22.VII wstrzyknięto dożylnie 0,3 Gonoccini.

29.VII wstrzyknięto dożylnie 0,5 Gonoccini.

5.VIII wstrzyknięto dożylnie 1,0 Dmelcos.

9.VIII wstrzyknięto dożylnie 2,0 Dmelcos.

W czasie wstrzykiwań szczepionek dawała się łatwo spostrzegać postępująca widoczna poprawa w stanie chorego. Jeśli po kuracji kalomelowej już widać było uspakajanie się pacjenta, to w miarę wlewań szczepionek poprawa pogłębiała się wciąż szybciej. Niestety, chory leczenia nie dokończył, stwierdzało się jednakże opadającą prężność jego podniecenia, chory już nie wykrzykiwał bez sensu, odpowiadał na zadawane pytania rozsądniej, roztargnienie ustępowało, wzrastał krytycyzm. Rodzina stwierdzała znaczną poprawę. Do ostatnich 2 zabiegów chory zgłaszał się sam, bez asysty, choć mieszkał poza Warszawą i przyjeżdżać musiał koleją. Badanie krwi dokonane po upływie miesiąca od daty ostatniego zabiegu dożylnego wykazało w odczynie Was. wynik ujemny, Sachs-Witebskiego — również ujemny. Po 11 miesiącach chory wykazywał wybitną poprawę. Podniecenie ustąpiło bez śladu, łatwa pobudliwość, kłótliwość nie dawały się już zaobserwować, ustały nawroty szału jakoteż zapędy niszczycielskie. Chory wrócił do pracy zawodowej, zarobkował, zachowywał się zupełnie normalnie; żadnych zboczeń w jego umysłowości nie zdołano zaobserwować. W stanie źrenic, odruchach brzusznych i mosznowych pogorszenia nie stwierdzono. W odruchach kolanowych i piętowych różnic po obu stronach nie stwierdzono.

P. B., l. 28, panna, urzędniczka. W lutym 1930 r. objawy kiłowe gardzieli. Leczona na oddziale otolaryngologicznym otrzymała 5 wstrzyknięć JBichininy. Ponieważ po tym preparacie wystąpiła osutka rumieniowa połączona z wysoką ciepłotą, preparat zmieniono i zastosowano 9 wstrzyknięć Bismogenolu oraz 11 wlewań dożylnych Neosalvarsanu. Ponadto otrzymała roztwór jodku potasu e 5,0 —200,0 i 6 wcierań szaruchą. Leczenie to trwało pono do czerwca. Po 3-miesięcznej przerwie pobrała 11 wstrzyknięć J.Bichininy, 10 wlewań dożylnych i, jak podawała, 2 butelki „jodu“. 11.XII tegoż roku chora, poza nieco bardziej ożywionym, niż lewy, prawym odruchem piętowym, nic uwagi godnego nie wykazywała. Odczyn Wasermana był wybitnie dodatni.

W czasie od 26.I.31 do 12.III.31 chora pobrała 12 wstrzyknięć Hydr. salicylicum. Ponadto:

28.III. Gonoccini 0,3 dożylnie. Ciepłota dochodziła do 38°5, trwała, opadając stopniowo, 16 godzin.

2.IV. Dmelcos 1,0 dożylnie. Ciepłota osiągnęła 39°2, przetrwała, opadając, 18 godzin.

5.IV. Dmelcos 1,75 dożylnie. Ciepłota dochodząca do 39°6, trwała 21 bodzin.

8.IV. Gonoccini 0,5 dożylnie Ciepłota bardzo wysoka, do 40°1, opadając powoli przetrwała 1½ doby.

Podwyższeniu ciepłoty towarzyszyły dreszcze, niekiedy wymioty, bóle głowy, łamanie, bóle stawów, senność i ogólne osłabienie. Po ostatnim wstrzyknięciu ukazała się opryszczka na wardze górnej. Na zakończenie leczenia chora otrzymała kalii jodati e 18,0 — 600,0.

Każda z 2 dalszych, kolejnych kuracji składała się z 15 wstrzyknięć bizmutu oraz 10 neosalvarsanu (4,5 substancji ogółem) oraz 18,0 — 600,0 kalii jodati. Badanie krwi dokonane 17.II.32 dało wynik dodatni (++). Źrenice, odruchy kolanowe i piętowe zmian nie wykazywały. Powtórzono kurację z 15 wstrzyknięć bizmutu i 10 Novarsenobenzolu + KJ e 18,0 — 600,0.

4.VII.32. OW. (++——).

Wobec uporczywie dodatnich odczynów krwi zastosowano jak w przypadku pierwszym 6 wstrzyknięć 10% zawiesiny kalomelowej, ogółem 5,5 emulsji w oliwie, w przeciągu 5 tygodni. Poza tem zastosowano chorej dożylnie z przerwami 2-3-4-dniowemi 4 wstrzyknięcia Gonoccini w dawkach od 0,3 do 0,9 oraz 5-krotnie Dmelcos w dawkach wzrastających.

Po trzytygodniowej przerwie w leczeniu odczyny Wassermana i Sachsa-Witebskiego we krwi dały wynik ujemny.

O. W., zecer, l. 43; kiła od 1912 r., przyjął ± 20 kuracji, co rok po jednej, ostatnią przed 9 miesiącami. Źrenice równe, okrągłe, na światło i nastawienie oddziaływują dobrze. Odruchy kolanowe: prawy zachowany, choć nieco ospały, lewy bardzo ospały. Odruchy piętowe: prawy bardzo ospały, lewy ledwo się zaznacza. Odruchów brzusznych brak; odruch mosznowy prawy ledwo się zaznacza, lewego nie udaje się wywołać. Odczyn Wassermana (—), Sachsa-Witebskiego (—). Po prowokacji 0,3 Neoarsenobenzolu OW (+———), SW (———). Badanie moczu zmian nie wykazywało.

Wobec niewątpliwych objawów ze strony układu nerwowego choremu zaproponowano nakłócie lędźwiowe, na takowe jednak nie przystał, zgodził się natomiast na kontynuowanie leczenia. U chorego zastosowano:

24.IX.1933 jak powyżej wstrzyknięcie 0,5 zawiesiny 10% kalomelu w oliwie.

29.IX. wstrzyknięcie 1,0 jak wyż.

6.X. wstrzyknięcie 1,0 jak wyż.

13.X. wstrzyknięcie 1,0 jak wyż.

Mocz poraz pierwszy wykazywał ślady białka, zmian w osadzie nie było.

20.X.33 jak powyżej wstrzyknięcie 1,0 zawiesiny 10% kalomelu w oliwie.

27.X. wstrzyknięcie 1,0 jak wyż.

29.X. Mocz poza wyraźnymi śladami białka wykazywał 2—3 wałeczki szkliste na preparacie.

Po przerwie 2-tygodniowej chory pobrał wstrzyknięcie dożylne szczepionek w kolejności następującej:

10.XI. Gonoccini 0,3. W przeciągu niecałej godziny wystąpiły dreszcze, ciepłota podniosła się do 39°1, po 16 godzinach wróciła do normy. Chory uskarżał się na bóle głowy, wymioty, łamanie w kościach, bóle stawów.

13.X. Dmelcos 0,75. Ciepłota doszła do 39°4, utrzymywała się przez 22 godziny. Objawy: dreszcze, dojmujące bóle głowy, uczucie znacznego osłabienia, łamanie w całym ciele, senność.

16.XI. Gonoccini 0,4. Objawy jak po pierwszym wstrzyknięciu tegoż preparatu, ciepłota dosięgła 38°6, trwała 12 godzin.

21.XI. Gonoccini 0,9. Ciepłota do 38°8, trwała 13 godzin. Objawy jak powyżej. Widoczne osłabienie.

25.XI. Gonoccini 0,8. Ciepłota do 38°4, trwała 12 godzin. Objawy jak poprzednio, postępujące osłabienie.

29.XI. Gonoccini 1,0. Ciepłota do 39°. trwała 17 godzin. Chory osłabiony.

3.XII. Propidon domięśniowo 2,0. Ciepłota do 39°3, trwała 14 godzin, opadając powoli. Objawy jak po poprzednich zabiegach dożylnych.

Po 4-miesięcznej przerwie w leczeniu stan chorego przedstawiał się, jak następuje. Źrenice w normie. Odruchy kolanowe zachowane, lewy nieco ospalszy, niż prawy. Odruchy piętowe: prawy zachowany, lewy ospały, jednakże wyraźny. Odruchów brzusznych brak, odruchy mosznowe bez zmiany. OW (—), SW (—) we krwi.

J. J. kuchmistrz, l. 44, żonaty, 2 dzieci. Uskarża się na ejaculatio praecox ante immisionem. W 1918 r. zakażenie kiłowe; leczenie rozpoczęto pono w okresie osutki na tułowiu i kończynach. W 1918 r. chory przyjął 2 kuracje, nie może określić jakie; w 1920 r. znów kuracja, w 1921 — 3 kuracje, w 1922 — 3 kuracje (w tym roku, jak chory podkreśla „krew była czysta"), w 1923 r. — znów 3 kuracje. Od 1924 — 1928 chory corocznie u tegoż lekarza przyjmował po 1 kuracji. Od 1925 — 1928, jak chory podaje, każda kuracja składała się z 12 wstrzyknięć „bizmutu czerwonego" i 9 wstrzyknięć dożylnych.

Źrenice równe, okrągłe, na światło i nastawienie oddziaływują dobrze. Odruchy kolanowe zachowane; odruch piętowy lewy zachowany, prawy znacznie ospalszy. Odruchy brzuszne i mosznowe wywołać się nie dały. Neurolog impotencję przypisywał skutkom kiły, zalecał energiczne leczenie swoiste. Choremu zastosowano:

10.VII. wstrzyknięcie 0,5 emulsji kalomelowej 10%,
15.VII. „ 1,0 „ „ „
22.VII. „ 1,0 „ „ „
29.VII. „ 1,0 „ „ „
5.VII. „ 1,0 „ „ „

Wobec silnego zapalenia dziąseł chory otrzymał ogółem tylko 4,5 zawiesiny. Mocz był i pozostał bez zmian.

Po miesięcznej przerwie choremu wstrzyknięto dożylnie Gonoccini 0,3. Wystąpiła wysoka ciepłota, dochodząca do 39°3, dreszcze, wymioty, bóle głowy, łamanie w kościach. Po 3 dniach wstrzyknięto 1,0 preparatu „Dmelcos". Ciepłota podniosła się do 39°8 przy objawach ogólnych podobnych do poprzednich o natężeniu silniejszem. W dalszym przebiegu leczenia choremu wstrzyknięto z przerwami 3—4 dniowemi kolejno 0,4 Gonoccini, 2,0 Dmelcos, 0,5 Gonoccini, 2,5 Dmelcos, 0.6 Gonoccini, 3,0 Dmelcos.

Badanie chorego po 7½ miesięcznej przerwie w leczeniu wykazało, co następuje: Źrenice bez zmian. Odruchy kolanowe odchyleń od normy nie wykazywały. Odruchy piętowe były zachowane, lewy nieco tylko powolniejszy od prawego. Odruchy brzuszne i mosznowe wywołać się nie dały.

K. S., woźny, l. 43, żonaty, bezdzietny. Zakażenie kiłowe w 1918 r., przyjął 3 kuracje swoiste, ostatnią w 1932 r. W lutym (?) pono tegoż roku szczepiono choremu zimnicę. Chory gadatliwy, w mowie łykał zgłoski, dłuższe zdania i wyrazy powtarzał błędnie, przekręcając zgłoski; pisząc opuszczał litery. Mnożył do 100 błędnie. Źrenice równe, okrągłe, lewa oddziaływała na światło dobrze, prawa znacznie ospalej. Odruchy kolanowe nieco wzmożone, piętowe były zachowane. Romberg był słabo dodatni. Chód chorego niepewny, widoczna niezborność ruchów kończyn dolnych. Badanie moczu zmian nie wykazywało.

Zastosowano:

18.XI. wstrzyknięcie 0,75 kalomelowej zawiesiny 10% w oliwie, po znieczuleniu, jak powyżej.

25.XI. wstrzyknięcie 1,0 kalomelowej zawiesiny 10% w oliwie po znieczuleniu, jak powyżej.

W moczu, przed tem bez zmian, wystąpiły minimalne ślady białka, w osadzie nic uwagi godnego.

2.XII. wstrzyknięcie 1,0 emulsji kalomelowej. Nazajutrz mocz jak poprzednio.

9.XII. wstrzyknięcie 1,0 emulsji kalomelowej. Na trzeci dzień wyraźne ślady białka, 1 wałeczek szklisty na preparacie.

16.XII. wstrzyknięcie 1,0 emulsji kalomelowej. Codziennie badany mocz wykazywał, wyraźne ślady białka, 1—2—3 wałeczków w osadzie na preparacie.

23.XII. wstrzyknięcie 1,0 emulsji kalomelowej. Na 3-dzień w moczu 0,03°/₀₀ białka, 4—5 wałeczków szklistych na preparacie. Po 3 tygodniach mocz wrócił do normy.

W czasie od 5.I do 26.I choremu wstrzyknięto dożylnie 6-krotnie szczepionkę gonokokową, 3-krotnie „Dmelcos" i jednorazowo 2,0 propidonu.

Po upływie 4 miesięcy od zakończenia opisanego leczenia chory wykazywał względnie wcale znaczną remisję. Samopoczucie chorego wykazywało wyraźną poprawę. Mowa znacznie lepsza; dodawał i mnożył znacznie szybciej i lepiej. Wzrosła znacznie zdolność do pracy. Pismo jakby nieco lepsze. Chód pewniejszy. Źrenice równe, okrągłe, oddziaływanie na światło i nastawienie jak powyżej. Odruchy kolanowe i piętowe zachowane. Romberg ujemny.

Reasumując wyniki, osiągnięte za pomocą leczenia opisanych ciężkich przypadków kiły wstrzykiwaniami 10% zawiesiny kalomelowej w oliwie z następowemi wlewaniami dożylnemi szczepionek nieswoistych (Gonoccini i Dmelcos), dalecy jednakże od zamiaru szerszego uogólniania osiągniętych korzyści wobec szczupłego materjału, dojść możemy do wniosków następujących:

1) po 3-letnim regularnem leczeniu świeżej kiły sprzężonemi wstrzyknięciami bizmutowo-salwarsanowemi u chorego wystąpiły zmiany swoiste w płynie mózgowo-rdzeniowym i w stanie klinicznym układu nerwowego. Po leczeniu kalomelem i szczepionkami nieswoistemi wystąpiła znaczna poprawa w stanie chorego w postaci powrotu płynu m. —rdz. do normy oraz w postaci poprawy objawów klinicznych.

2) w przypadku mało leczonej kiły układu nerwowego z dodatnim odczynem Was. we krwi leczenie opisane doprowadziło do ujemnego odczynu tejże, połączonego z wybitną poprawą w psychice chorego. Ustąpił stan ogólnego podniecenia, ujawniła się poprawa pamięci, wróciła do normy zdolność skupienia się na przedmiocie rozmowy, poprawił się wybitnie krytycyzm chorego. Wzmożone ruchliwość i pobudliwość ustąpiły, chęć do kłótni, sporów i bijatyki nie dały się więcej zaobserwować. Ustały napady szału, zaczepność, zapędy niszczycielskie.

3) w przypadku kiły świeżej leczonej bizmutem, neosalwarsanem, salicylanem rtęci i jodkiem potasu z przerwami 2—3 miesięcznemi — odczyn Wassermana pozostawał uporczywie dodatnim. Po leczeniu kalomelem i szczepionkami nieswoistemi odczyn Wassermana stał się ujemny.

4) w przypadku bezwładu postępującego traktowanego zimnicą prawie przed 2 laty po leczeniu kalomelowo-szczepionkowym już w parę miesięcy stwierdzono pogłębioną remisję.

5) leczenie opisane łatwo daje się zastosować w warunkach ambulatoryjnych.

Dr. M. LANDESMAN (Warszawa).

BADANIA NAD ETJOLOGJĄ I WACCINOPROFILAKTYKĄ DURU PLAMISTEGO.

Badania nad zarazkiem tyfusu plamistego, szły w dwóch kierunkach. Z jednej strony badając florę u osób i zwierząt zakażonych morfologicznie, starano się dojść do stałej postaci zarazka, z drugiej natomiast nie wchodząc bliżej w sam rodzaj bakteryj i oznaczając go słowem „virus" zastanawiano się nad jego zjadliwością, techniką zakażania i t. p. Operowano przytem organami, wzgl. tkankami osobników zakażonych. Pierwszym krokiem do poznania biologji zarazka, było uzyskanie doświadczalnie tyfusu plamistego.

Jeśli chodzi o przenoszenie na ludzi stwierdzono, iż powierzchowne urazy połączone z wtarciem materjału zakażonego nie sprowadzały infekcji natomiast przenoszenie krwi zapomocą wstrzykiwań dały wynik pozytywny w dużym procencie. Stwierdzono nawet możność pasaży zarazka. Dodatnie wyniki dały również ukłucia wszy i wstrzykiwania zmiażdżonych wszy w skaryfikowaną skórę.

Ostatnio udało się otrzymać infekcję przy wstrzykiwaniu zmiażdżonego mózgu z zakażonych świnek. (Sparrow). Dalszy krok stanowią próby nad zwierzętami (Nicolle, Anderson). Udało mu się otrzymać u szympansów typową infekcję wstrzykując kilka cm^3 krwi od człowieka zakażonego, dożylnie Czas inkubacji wynosił 24 godzin. Wstrzykując z zakażonych małp coraz to niższym, doszedł do pasaży, poczynając od człowieka do najniższych małp. Nigdy natomiast nie mógł wywołać infekcji, zakażając najniższe małpy krwią człowieka. Małpy zaś po przebyciu choroby uzyskiwały odporność co najmniej na 2 lata. Dalsze prace Nicoll'a polegały na uzyskiwaniu tyfusu eksperymentalnego u świnek zapomocą wszy zakażonych i narządów zwierząt chorych. (Świnka, w której regularnie po infekcji następowało zakażenie, staje się odtąd ważną jednostką laboratoryjną). U zwierzęcia w 3 dni po zakażeniu „virus" znajdował się prawie we wszystkich narządach. We krwi toksycznemi okazały się leukocyty, erytrocyty, specjalnie zaś płytki Bizzozero, surowica natomiast „virus" nie zawiera. Nawet narządy noworodka, gdy matka 10 dni przed urodzeniem została zakażona, okazały się toksycznemi. Mózg już w 3 dni staje się silnie toksycznym jeszcze przed pojawieniem się gorączki (6 dni).

Zaczęto zastanawiać się nad zjadliwością „virus" przy przeszczepianiu w pasażach. Tu jednak autorzy nie są zgodni ze sobą. Podczas gdy Nicolle uważa że „virus" w pasażach na świnkach nie zmienia swej zjadliwości i wprowadza nawet dla niego nazwę „virus fixe", Hack uważa że w miarę przeszczepiania następuje osłabienie. Sparrow w 22 pasażu uzyskiwała „virus", który wywoływał lekki lecz typowy tyfus.

Jeśli chodzi o oporność zarazka to niższe temperatury nie niszczą go, natomiast od 55° C. wzwyż zabijają go w ciągu 15 minut. Charakterystycznem jest, że dodatek surowicy wzmaga oporność zarazka. Chemiczne środki wpływają dość silnie n. p. ½% fenol zabija zarazek w przeciągu pół godziny.

Bardzo ważną zdobyczą w epidemjologji było stwierdzenie przenoszenia zarazka przez wszy. Nicolle i Comte przekonali się, iż wszy znajdywane na małpach, poddanych infekcji, a później przenoszone na małpy zdrowe, wywoływały typowy tyfus, który można było przenosić w dalszym ciągu pasażami.

Dalsze badania dotyczą uzyskiwania odporności u świnek. Mianowicie Bocha-Lima wstrzykując świnkom zawiesinę zmiażdżonych wszy uzyskiwał odporność przeciwko typowemu „virus" tyfusu plamistego. W ten sposób udowodnił identyczność „virus" wszy jako też i jej exkrementów z „virus" tyfusu.

Zakażenie przy wszy następuje jedynie drogą ukłucia, które jest czynnikiem decydującym. Materjał zakaźny pochodzi jednak wg. jednych z gruczołów ślinnych, względnie z exkrementów, których dużą toksyczność wielokrotnie stwierdzono. Toksyczność ta jest zachowana tylko w tym wypadku gdy kał jest wilgotny. Po 8 dniach jako suchy proszek staje się nieczynnym. Z innych koncepcji zakażenia (zakażenie kropelkowe) żadne z nich nie utrzymały się, tak że, śmiało wysunięta teza, iż bez wszy niema tyfusu plamistego naogół nie znalazła wielu przeciwników.

Niektórzy autorzy zastanawiali się nad dziedziczeniem „virus". Badania jednak Andersona na młodych wszach dały wynik negatywny, jak również badania Bocha-Limy nad gnidami, gdzie na 12 serji negatywnych znalazł jeden przypadek o wątpliwym dodatnim wyniku.

Badania nad morfologją prowadzone równolegle z biologją i epidemjologją, zgromadziły olbrzymi materjał, który zostanie omówiony b. pobieżnie. Po erze badań gdzie u ludzi, zwierząt i wszy uzyskiwano wyniki negatywne i wysuwano koncepcję przesączalności zarazka, nastała era, w której autorzy znajdując postacie etjologiczne wtórnych infekcji przedstawili olbrzymią ilość gatunków. Niestety drobnoustroje te nie spełniając warunków swoistości dla tyfusu plamistego nie mogą być brane pod uwagę.

Globalnie więc biorąc autorzy znajdywali:

1) ziarniaki, dwoinki, formy ogoniaste.
2) pałki z nich ważny proteus X_2 i X_{19}, anaeroby, i pałeczki z otoczkami znajdywane w wszy.
3) Spirylle.
4) Spirochety.

5) Protozoa.

6) Grzybki podane przez Calmetta t. zw. axomycety.

Dłużej zatrzymam się nad kilkoma drobnoustrojami:

Rabinowitsch znajdywała we krwi chorych regularnie pałeczki ułożone parami gram+, które później jakoby degenerując się stawały się gram—. Ze szczepem tym miała uzyskiwać odporność u zwierząt przeciw tyfusowi. Barykin w 70% u ludzi zakażonych i u wszy znajdywał zarazek t. zw. przez niego „mierobion". Hodował go na pożywce z mózgu i pankreatyny. Płyn nad tkankami pożywki pozostawał klarownym. Po zaszczepieniu świnkom, na sekcji stwierdzał zmiany naczyniowe, wynaczynienia i obrzęk mózgu, a więc obraz anatomopatologiczny, podobny jaki spotykamy przy experymentalnym tyfusie plamistym.

Plotz znajdywał w 33% świnek zakażonych anaeroby, nieruchome gram+. W Ameryce uzyskiwali autorzy ten drobnoustrój w połowie przypadków. Popoff nawet identyfikuje z Rickettsia.

Kusama wyhodował z małp zarazek najbardziej może ze wszystkich podobny do Rickettsi. Uzyskiwał go z nerek i hodował z początku na buljonie z ascitem, a później można go było hodować na pożywkach stałych. Jest to pałeczka podobna do grupy pseudodyfterytu. Surowica uzyskana nie wpływa jednak uodporniająco przeciw tyfusowi. Pałeczki Amzel i Anigszteina, gram+ nie aglutynują się pod wpływem surowicy chorego i prawdopodobnie nie mają nic wspólnego z tyfusem.

Bardzo ważne ze względu na własności serologiczne są pałeczki odmieńca X_2 a szczególnie X_{19}, wyhodowane przez Weila i Felixa z kału chorych na tyfus a później nawet ze zdrowych. Bardzo ciekawe są studja nad własnościami odmian H i O, które tu muszę pominąć. Ważnem i charakterystycznem jest fakt, iż surowice chorych i ozdrowieńców na tyfus plamisty aglutynują w wysokich rozcieńczeniach pałeczki odmieńca Weila. Przypuszczano więc, że pałeczka ta ma związek z zarazkiem tyfusu. Większość badań wypadła jednak negatywnie. Już sam obraz anatomopatologiczny różni się ogromnie od typowego obrazu tyfusu, aczkolwiek i ten szczep jest silnie toksyczny dla świnek. Również surowica ze zwierząt, uodpornionych odmieńcem nie daje żadnej odporności przeciw tyfusowi. Chciałbym jeszcze wspomnieć o skórnem diagnosticum: mianowicie wstrzyknięcie podskórne zawiesiny odmieńca u zdrowych daje silny odczyn, w postaci zaczerwienienia, obrzęku i bólu podczas gdy u chorego na tyfus odczynu żadnego niema.

Wielu autorów znajdywało pewne twory w leukocytach u chorych i w komórkach jelita wszy i określało je ogólną nazwą wtrętów. Były to twory wielkości 2 mikr., zawierające bronzowy pigment. Hempell ujął je jako parazyty. Również Provazek znajdował przeważnie u chorych na tyfus w innych chorobach i u zdrowych nie spostrzegane two-

ry, gram—, ostro odgraniczone. Prawdopodobnie mają one dużo wspólnego z tworami Bocha-Limy (patrz niżej).

Przejdę teraz do odkryć najbardziej doniosłych dla nauki o odporności w tyfusie. Pierwszy Ricketts w Meksyku badając krew chorych na tyfus znajdywał dość regularnie pałeczki, ułożone po dwie, podobne do pałeczek z grupy Pasteurella, które jednak „in vitro“ nie dały się hodować. U wszy zdrowych w kale i w przewodzie stwierdzał ich obecność tylko okolicznościowo. Natomiast u zainfekowanych prawie zawsze i w dużej ilości. Z początku przypuszczano, że twory te niestale towarzyszą zakażeniu tyfusem a więc są małoważne. Dopiero Provazek i Bocha-Lima badając przewód wszy zdrowych i po napiciu się krwi chorych, doszli do przekonania, że te twory stale towarzyszą infekcji i są ściśle z nią związane. Potwierdziły te badania prace Weigla nad wstrzykiwaniem per anum wszom materjału zakażonego.

Ujmiemy krótko charakterystykę Rickettsia — Provazeki przemawiającą za patognomicznością w stosunku do tyfusu.

1) Regularne występowanie u wszy zakażonych tyfusem (ukłuciami u chorych) a brak ich w wszy zdrowych.

2) Regularne występowanie u wszy sztucznie zakażonych (lewatywkami).

3) Parallelizm między zakażeniem wszy Rickettsią, a późniejszem zarażeniem świnki typowo przebiegającym tyfusem zapomocą jelita tych wszy.

4) Aglutynacja z surowicą chorego, pokrywającą się z krzywą aglutynacyjną Weil-Felixa lecz o poziomie wyższym.

5. Niemożność rozdzielenia „virus“ od Rickettsji.

Po przebyciu choroby pozostaje dość długa odporność (około 5 lat) Badając zaś surowice u rekonwalescentów stwierdzono ich zdolność wytwarzania swoistych przeciwciał. Mianowicie Nicolle i Anderson wstrzykiwali „virus“ z surowicą rekonwalescentów małpom i małpy na tyfus nie zapadały. Badania na zainfekowanych świnkach wykazały wybitny wpływ ochronny surowicy w postaci przedłużenia inkubacji i lżejszego przebiegu samej choroby. Odporności czynnej jednak nie uzyskano. Surowicę w sensie uodparniania biernego zaczęto stosować od dość dawna. W r. 1893 Lewaschef pobierał surowicę rekonwalscentów w 7—13 dni po gorączce i wstrzykiwał 15 — 90 cm³ dożylnie chorym, możliwie wcześnie. Co do wyników zdania były podzielone, jednak Otto stosując tę metodę stwierdzał spadek śmiertelności z 6% na 3%. Kabelik pierwszy zastosował transfuzję od rekonwalescentów z dobrym wynikiem. Rösler otrzymał dobre wyniki przy autoserumtherapji. Nicolle i Blaizot otrzymywali dobre wyniki operując surowicą osła uodpornione-

go narządami zakażonej świnki. Na 38 chorych tylko 1 umarł i to z powodu powikłań.

Ostatnio (1931) Mayer podaje bardzo dobre rezultaty przy stosowaniu przez 8 dni u chorych 10—20 cm^3 surowicy domięśniowo Surowica była wzięta u rekonwalescentów w 8—14 dni po zniknięciu objawów chorobowych.

Badania autorów francuskich (1932) potwierdzają świetne wyniki seroterapji. Wstrzykiwali oni możliwie wcześnie po 20 cm^3 przez 3 dni krew rekonwalescenta i uzyskali skrócenie czasu trwania choroby, jak i zmniejszone napięcie groźnych symptomów. Charakterystyczną jest ich uwaga, iż nie zauważyli żadnego parallelizmu między wysokością aglutynacji, a skutecznością surowicy. Natomiast u chorego po wstrzyknięciu stwierdzano zawsze wyższe miano aglutynacyjne, niż u chorych kontrolnych. Fukuda proponuje używanie surowicy w połączeniu z „virus“ celem sprowadzenia czynnej odporności bez narażania osobnika na przebycie choroby (patrz niżej).

Przechodzimy obecnie do badań nad wywołaniem odporności czynnej. Z doświadczeń nad zwierzętami przekonano się, że podobnie jak ludzie, małpy po przechorowaniu zyskują odporność swoistą, która trwa od 1—2 lat. Ważnem jest, że i podostra forma przebiegu daje również odporność. Doświadczenia te wypadały dodatnio tylko z „virus“ żywem. Przy wstrzykiwaniach zawiesiną „virus“ zabitego, zwierzęta nie zapadały na tyfus lecz zarazem nie zyskiwały odporności.

U świnek odporność wywoływano nadzwyczaj regularnie w 100% do tego stopnia, że gdy świnka zaszczepiona w celach kontrolnych toksycznym „virus“ nie zachorowała, świadczyło to niewątpliwie o przebytej infekcji. Nicolle i Sparrow doszli w uodparnianiu czynnem do b. ważnych rezultatów. Wstrzykując dawki mniejsze od toksycznej, nie wywoływali ani choroby ani odporności. Gdy jednak suma dawek poszczególnych doszła do dawki chorobowej, to bez gorączki występowała odporność. „Virus“ zapomocą którego usiłowano wywołać odporność czynną musiał być koniecznie żywy. Wielokrotne bowiem badania wykonane z „virus“ filtrowanym lub zabitym prze ogrzanie dawały wyniki negatywne (Anderson).

Ze względu na to, że znajdywano w surowicy rekonwalescentów ciała zabójcze dla „virus“ usiłowano uodpornić zwierzęta zapomocą surowicy. Nicollę otrzymywał ją z krwi koni, którym wstrzykiwał leukocyty lub narządy zwierząt zainfekowanych. Po roku uodparniania stwierdzał w surowicy ciała zabójcze dla zarazka. Przekonano się jednak, że gdy wstrzyknięto surowicę przed zakażeniem unikało się wprawdzie choroby lecz nie uzyskiwano odporności czynnej. Przy wstrzykiwaniu natomiast równocześnie lub po zakażeniu nie zdołano już choro-

by usunąć, lecz tylko osłabić jej przebieg. W związku z tem Doern wysunął koncepcję, że bez przebycia przynajmniej w lekkiem stadjum schorzenia, nie zdoła się uzyskać odporności czynnej. Stąd surowica przed zakażeniem żadnych wyników nie daje, natomiast w czasie zakażenia osłabia przebieg działając raczej leczniczo z następowem uzyskaniem odporności. (z racji przebytej choroby a nie wstrzyknięcia surowicy). Doern wprowadził nawet dla tej postaci podawania surowicy termin „serumprophylaxis post infectionen". U ludzi rozpoczęto prace z inaktywowaną pełną krwią, która żadnych groźnych reakcji nie dawała.

Handi aplikował 3 krotne wstrzykiwania z krwi defibrynowanej, którą inaktywował przez umieszczanie w lodzie przez 24 godzin. (Poprzednicy inaktywowali przez ogrzewanie). Krew była pobierana od chorych i rekonwalescentów. Ci, którzy mieli 3-krotne wstrzykiwania nikt nie zachorował, natomiast po 2-krotnem wstrzyknięciu zachorowało 2. W armji niemieckiej rozpoczęto prace na wzór Handiego w czasie wojny światowej. Wyniki były różne, zależne od rozmaitych okoliczności. (złośliwość epidemji, czas przebywania szczepionych w okolicach zainfekowanych). Czasami autorzy podawali wręcz paradoksalne wyniki: 25% zachorowań u szczepionych, 20% u nieszczepionych. Gdy jednak weźmiemy procent śmiertelności, to okazuje się, że u osób szczepionych, które zapadły na tyfus wynosił 28% podczas gdy u nieszczepionych 44%. Leiss w Małej Azji uzyskiwał dobre wyniki: w ciągu roku nikt ze szczepionych nie zachorował. Wadą jednak jego statystyki jest nie przedstawienie przypadków kontrolnych. Richardson podaje ogólnie o swych świetnych rezultatach w armji Dennikina. Globalnym wynikiem szczepień wyżej wymienionych autorów jest zmniejszona śmiertelność, łagodniejszy przebieg i częstszy odczyn w wysokich rozcieńczeniach Weil-Felixa.

Pewną modyfikację szczepień wprowadził Neukirch, szczepiąc zdrowe osoby profilaktycznie leukocytami i surowicą, chcąc uzyskać odporność bierną i czynną. Z 307 zachorowało tylko 12, a nikt nie umarł. Dalsze odmiany szczepionek podaje Blanc przyrządzając je z organów świnek. Nicolle i Sparrow wstrzykiwali serjami zawiesinę zmiażdżonego mózgu z zainfekowanej świnki. Po 2 miesiącach uodparniania osoby te znosiły 20 dawek toksycznych bezkarnie.

Najpoważniejszą rolę w pracach nad odpornością niewątpliwie odgrywa szczepionka Bocha-Limy z zmiażdżonych wszy zainfekowanych, skombinowana z surowicą, a więc uczulona. Martini w okolicy, gdzie wybuchła silna epidemja zaszczepił 8 osobom szczepionkę Bocha-Limy. Z zaszczepionych tylko 1 zachorował i to djagnoza była wątpliwa. podczas gdy u nieszczepionych z 9 osób 5 zachorowało a z nich 2 umarło.

Wielu autorów wreszcie uodporniało ludzi zawiesiną drobnoustro-

jów, odkrytych przez nich u osób chorych, mające mieć znaczenie etjologiczne. Wyniki są naogół negatywne. Co do b. proteus X_{19}, Stutzer podaje jakoby miał dobre wyniki. Inni podają, że uzyskali odporność formą „O" b. proteus X_{19}. Z ostatnich prac Diot podaje, iż hodując X_{19} na pożywkach z domieszką krwi chorych, uzyskał odmianę dobrze rosnącą, silnie aglutynującą, która przy wstrzykiwaniu dawała dość długotrwałą odporność. Diot wysuwa nawet ciekawą koncepcję przez analogję, jakoby X_{19} był drobnoustrojem towarzyszącym i silnie związanym z „virus" tyfusu, podobnie jak „streptococcus scarlatinosus" ma towarzyszyć „virus" szkarlatyny. Modinos podaje również 18 przypadków zachorowań, gdzie wstrzykując zawiesinę X_{19} stwierdzał skrócony czas choroby i brak komplikacji.

Ostatnie 2 lata (1932—3) wypełnione są pracami nad szczepionką typu Bocha-Limy, składającą się z zawiesiny zmiażdżonych wszy, pcheł lub tkanek myszy, a zawierającą „Rickettsia-Provazeki". Modyfikacje jakie wprowadzono polegały na jak najsilniejszem stężeniu zawiesiny „Rickettsia". Przekonano się bowiem, że tylko silny „virus" uodparnia skutecznie.

Dyer i Workman wytwarzali szczepionkę z „xenopsilla cheopis", pchły żywionej na zainfekowanych myszkach białych. Jadowitość oznaczali na świnkach. Okazało się przy uodparnianiu, że gdy wstrzyknięto zawiesinę, której miano 17 pchły było toksyczne, odporności nie uzyskano. Następowała ona dopiero pod wpływem zawiesiny o mianie jadowitości 1/50 pchły. Kligier, Olitzki i Asher zajmując się przyrządzaniem materjału na szczepionkę, stwierdzali, że materjał z mózgu świnek zainfekowanych traktowany jakimkolwiek środkiem antyseptycznym nie działał zupełnie. Za najlepsze metody otrzymywania szczepionek uważają oni: 1) formalizowana zawiesina „Rickettsia" ze wszy i 2) 4% zawiesina zmiażdżonego mózgu świnek w wodzie destylowanej, która stała przez 6—8 godzin. Świnki na wstrzykiwania ostatniej zawiesiny odpowiadały gorączką, a 8 na 9 zostały uodpornione. Linner, Hans i Castaneda zajęli się uzyskiwaniem jak najsilniejszego stężenia szczepionki. Operowali oni „Rickettsia" meksykańskiego tyfusu, zbliżonego do naszego. Jako zwierząt laboratoryjnych używali myszy. Stwierdzili oni, że rozmnażanie „Rickettsia" jest silniejsze, gdy zwierzę jest bardziej osłabione, a więc mniej oporne.

Osłabiali oni myszy zapomocą 1) promieni R. 2) benzolu i oliwy i 3) awitaminowego pożywienia. Uzyskiwali oni silne preparaty z wymytej formaliną otrzewnej, które na zwierzętach dawały 1 rok trwającą odporność.

Na zakończenie chciałbym podać wyniki naszego uczonego prof. Weigla nad szczepieniami ochronnemi w latach 1931—32 wykonywanemi w Polsce i w Chinach w misjach niemieckich i belgijskich.

Weigl operuje szczepionką Bocha-Limy, infekując wszy sztucznie lewatywami materjałem zakażonym, lub pozwalając im ssać krew chorego lub rekonwalescenta. W Polsce na 6000 ludzi szczepionych najbardziej narażonych na możność infekcji (pielęgniarze, sanitarjusze i t. p.) *żaden nie zachorował.* Ci natomiast, którzy zapadli stwierdzono niewątpliwie, że byli w czasie inkubacji, a więc już po infekcji. Gorączka zjawiła się już 1—3 dnia. Ale i u nich przebieg był o wiele łagodniejszy. Weigl po badaniach na świnkach łączy u tych, którzy zapadli na tyfus szczepienia ochronne z surowicą leczniczą, co jeszcze bardziej polepsza przebieg.

W Chinach dawniej na 100 przypadków śmierci stwierdzano 83% na tyfus plamisty. Od 30 lat, a więc od czasu wprowadzenia szczepionki wśród misjonarzy ani jeden nie umarł na tyfus, podczas gdy w innych okolicach epidemja sroży się jak dawniej.

Eksperymenty (wprawdzie b. ryzykowne), które jednak wybitnie podkreśliły skuteczność szczepionki, były doświadczalne zakażenia osób szczepionych, wykonane w Tunisie przez Nicoll'a i Sparrow i w laboratorjum prof. Weigla. Wykazały one niezbicie, że wszyscy ci, którzy uprzednio byli szczepieni, nie zachorowali po zaaplikowaniu im wysokich toksycznych dawek „Ricketsia", podczas gdy nieszczepieni, którzy przypadkowo zakazili się temi samemi wszami zapadli na typowy tyfus.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

F. CURTIUS, W. DIEKER i E. WIRTH. *Tonsillektomja przy zapaleniach wsierdzia.* (M. m. W. Nr. 3, 1934).

Chorzy, którzy przed zabiegiem mieli objawy niedomogi serca, nie wykazywali żadnej poprawy, bardzo często natomiast stan ogólny stopniowo się pogarszał. Tonsillektomja pozostawała bez wyraźnego wpływu na przebieg ostrego zapalenia wsierdzia; znacznie lepsze wyniki uzyskiwano operując w okresie bezgorączkowym: w krótkim czasie ujawniała się tu poprawa, towarzyszące objawy stawowe ustępowały, bez wpływu pozostawał zabieg na ogniskowe zapalenie nerek. Badanie bakterjologiczne wyciętych migdałków wykazywało w większości przypadków obecność paciorkowca hemolitycznego

——:o:——

O. FRANKL. *W sprawie leczenia zaburzeń miesiączkowych.* (W. Kl. Woch. Nr. 18, 1934).

Niezbędnym warunkiem zastosowania skutecznego leczenia jest ustalenie przyczyny zaburzeń miesiączkowych. Ważnem jest zebranie dokładne wywiadu, ustalenie typu miesiączki oraz typu konstytucjonalnego, rozpatrywanego z uwzględnieniem zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Badanie miejscowe polega na oglądaniu, badaniu wewnętrznem i badaniu poprzez odbytnicę, w rzadkich przypadkach niezbędne jest badanie drobnowidowe celem określenia stanu śluzówki macicy. Leczenie braku miesiączki nie daje dobrych wyników w przypadkach niedorozwoju macicy i pierwotnej amenorei; polecić tu można leczenie wzmacniające oraz kąpiele solankowe lub błotne. W przypadkach wtórnego braku miesiączkowania stosuje się salipyrinę, fumerol, aloe, djatermję i in. Przy dłużej trwającym braku miesiączki u młodych kobiet stosować należy duże dawki glandofoliny Richter. Ogólna kuracja wynosi 250—300 tysięcy jedn. mysich, przyczem ostatnie injekcje kojarzyć należy z luteohormonem. Przy krwawieniach miesiączkowych patologicznych stare metody lecznicze nie straciły bynajmniej całkowicie swej wartości. Ergotynę, żelatynę, żelazo, efetoninę stosuje się także i dziś z pomyślnym wynikiem. Podawanie wapnia celem zwiększenia krzepliwości krwi, preparaty przytarczyc mające na celu zwiększenie poziomu wapnia we krwi również częstokroć przyczyniają się do poprawy. Skrobanka ma raczej wartość rozpoznawczą niż leczniczą i dlatego właśnie wykonanie jej często jest niezbędne. Przyżegań i pędzlowań śluzówki macicy naogół się nie stosuje. Wycięcie jajników nie daje również żadnych trwałych wyników. Przy zaburzeniach dyshormonalnych ze względu na brak luteohormonu na pierwszy plan wysuwa się leczenie hormonami, przyczem uzyskanie dobrych wyników zależy w dużej mierze od stosowania odpowiednio dużych dawek. Jednorazowa dawka waha się od1—5 jednostek. Można podawać także Glanduantin wzmagający luteinizację. Gdy te wszystkie metody lecznicze zawodzą, pozostaje jako ostatnia deska ratunku wycięcie macicy, które przy odpowiedniej technice operacyjnej nie pociąga za sobą zaburzeń przekwitaniowych.

——:o:——

S. SIMON. *O leczeniu nieregularnych krwawień miesięcznych promieniami Roentgena.* (W. Kl. Woch. Nr. 18, 1934).

Istota krwawień i ich właściwa przyczyna nie jest dotąd mimo licznych spostrzeżeń dostatecznie wyjaśniona. Ponieważ jednak najczęstszą przyczyną stanowi nieprawidłowa czynność jajników, leczenie przyczynowe ma na celu zadziałanie na ten właśnie narząd. Uwzględniwszy, że 70% kobiet z zaburzeniami miesiączkowemi znajduje się w tym okresie życia, w którym mogą jeszcze zajść w ciążę, naświetlanie zaś nawet małemi dawkami doprowadzić może do niepłodności, dojść musimy do wniosku, że w przypadkach tych zakres wskazań do stosowania promieni X jest nader ograniczony. Wchodzi tu raczej w grę zadziałanie na śluzówkę macicy oraz spowodowanie zmian we właściwościach krwi. Na śluzówkę macicy działamy zapomocą promieni radu i to zwłaszcza promieni miękkich B; zakres wskazań jest tu znacznie ograniczony, gdyż u osób młodych nie mamy prawa naświetlać promieniami radu, zwłaszcza gdy możemy zastosować inne znacznie łagodniejsze środki. Zupełnie bezpieczne naświetlania śledziony, których działanie jest zwykle przemijające, stosować można przy krwawieniach w okresie pokwitania i przy stanach zapalnych przydatków. Naświetlanie przy pierwotnem braku krwawień miesięcznych jest przeciwwskazane. Również naświetlanie przysadki mózgowej i tarczycy w rzadkich tylko przypadkach winno być stosowane, gdyż wykazanie zależności zaburzeń miesiączkowych od gruczołów tych jest nader trudne. Doświadczalne naświetlanie przysadki i tarczycy u zwierząt wykazuje, że zabieg ten nie jest bynajmniej obojętpym dla ustroju i spowodować może ujemne skutki. Bezwzględnem wskazaniem do naświetlania promieniami Roentgena są krwawienia miesięczne w okresie przekwitania oraz krwawienia w okresie klimakterycznym zależne od współistnienia mięśniaków. Przeciwwskazane są naświetlania przy krwawieniach u kobiet w wieku poniżej 42 lat, wsteczne zmiany w obrębie mięśniaków, umiejscowienie mięśniaków podśluzówkowe lub podsurowicówkowe. Przy ostrych zapaleniach przydatków oraz przy współistnieniu wyraźnych objawów nadczynności tarczycy również nie należy stosować napromieniowań. Współistnienie zaburzeń w obrębie narządu krążenia i nadciśnienia nie stanowi przeciwwskazania do naświetlania.

——:o:——

K. GLAESSNER. *Organolecznictwo wrzodu trawiennego.* (W. Kl. Woch. Nr. 17, 1934).

Patogeneza wrzodu trawiennego nie jest dotąd całkowicie wyjaśniona; podstawę schorzenia stanowi zaburzenie równowagi pomiędzy wydzielaniem kwasu solnego i pepsyny a właściwością tkanek. W lecze

niu wrzodu trawiennego dążyć należy do uodpornienia śluzówki żołądka na drodze zwiększenia ilości przeciwciał oraz zwiększenia wytwarzania przez ustrój anti-pepsyny. Przestrojenie śluzówki żołądka uskutecznić można bądź zapomocą leczenia nieswoistego, jakiem jest proteinoterapja bądź też zapomocą leczenia swoistego, polegającego na domięśniowem wstrzykiwaniu pepsyny; leczenie to wprowadzone zostało przez Glaessnera i Loeper'a. 1. *Leczenie bodźcowe* pozajelitowe wprowadzenie białka zwiększa ilość przeciwciał, hamujących nadmierny rozpad białka, jaki ma miejsce we wrzodzie trawiennym. Hohler stosował tu wakcyneurynę; bóle w krótkim czasie znikały, kwasota soku zmniejszała się, owrzodzenie ulegało zabliźnieniu.

Inni polecają novoprotinę, aolan, caseosan i yochinolcasein. Nie brak jednak spostrzeżeń, w których terapja bodźcowa pozostała bez jakiegokolwiek wyraźnego wpływu na przebieg sprawy chorobowej. Amerykańscy autorzy jako leczenie bodźcowe stosowali we wrzodzie trawiennym żołądka przetaczania krwi i uzyskiwali nader zachęcające wyniki. 2. Domięśniowe wstrzykiwanie pepsyny. Autor na drodze badań doświadczalnych doszedł do wniosku, że pepsyna wstrzykiwana domięśniowo zwiększa ilość przeciwciał i tem samem wzmaga obronność śluzówki przed niszczącym działaniem zaczynów. Możliwe jest także, że chodzi tu o działanie hormonalne, gdyż pepsyna jest wysuszoną śluzówką żołądka, która wprowadzona domięśniowo zwiększa ilość przeciwciał i tem samem wzmaga obronność śluzówki przed niszczącym działaniem zaczynów. Obojętne jałowe rozczyny pepsyny nie wywierają żadnego ujemnego wpływu na serce i nerki. Leczenie obejmuje 30 zastrzyków pepsyny podskórnie lub domięśniowo. Ampułki od 1 — 10 zawierają stopniowo coraz większe ilości pepsyny, od 11 — 20 ilości jednakowe, od 21 — 30 wartości pepsyny stopniowo się zmniejszają. Serję taką można powtórzyć po ½ roku i potem jeszcze w odstępach półrocznych zastosować dalsze dwie kuracje. Po za leczeniem pepsynowem chorzy otrzymują następującą djetę: podaje się im mleko, śmietankę lub krem, kwaśne mleko, masło, sery, przetarte jarzyny, kompoty i pieczywo. Pozatem można podawać jaja,

ryby, szynkę i białe mięso. Chory winien się odżywiać 5—6 razy dziennie. Ilość białka w pokarmie winno się wahać od 70—100 gr., dostateczne ilości tłuszczów i węglowodanów zapewniają pokrycie bilansu kalorycznego. Leczenie nie wymaga leżenia w łóżku, poleca się jednak chorym po posiłkach odpoczynek oraz stosowanie ciepłych okładów, djatermji i okładów błotnych. Ze środków farmakologicznych stosuje autor przed posiłkami 20 gr. najczystszej oliwy, po posiłkach preparaty bizmutowe. Wskazanie do leczenia pepsynowego stanowią wrzody żołądka, dwunastnicy, przełyku i jelita czczego. Przeciwskazane jest to leczenie w drążących wrzodach, trwających już szereg lat, przy bliznach, powodujących zwężenie, przy podejrzeniu w przekształcenie w nowotwór oraz przy krwotokach. Autor stosował to leczenie w 1000 przypadkach, z czego $^{2}/_{3}$ przypada na wrzód dwunastnicy, $^{1}/_{3}$ na wrzód żołądka. Zwykle już po pierwszej serji znikały bóle, zgaga, odbijanie i uczucie pełności. W połowie przypadków wartości kwasoty obniżały się, w drugiej połowie pozostawały na tym samym poziomie, niekiedy nawet zwiększały się. W połowie przypadków poprawa ujawniała się także w obrazie rentgenologicznym: nisze znikały, zmniejszała się warstwa płynu, nie strwierdzało się punktów bolesnych na ucisk. Wszystkich niemal przypadkach zaznaczał się przybytek na wadze, dochodzący niekiedy do 15-20 klgr. Przy leczeniu pepsyną nawroty nie są wykluczone, zjawiają się one zwykle po upływie 3—6 miesięcy, niekiedy dopiero po 2 latach. Również Loeper, który w licznych przypadkach wrzodu trawiennego stosował 10% roztwór pepsyny, w 90% otrzymywał znaczną poprawę. Niektórzy autorzy stosowali we wrzodzie trawiennym wyciągi z gruczołów wydzelania wewnętrznego jak parathyreoidynę i insulinę, uzyskane jednak wyniki nie uprawniają dotąd do ostatecznego wypowiedzenia opinji w tej sprawie.

——:o:——

F. UMBER. *O leczeniu śpiączki cukrzycowej.* (Ther. der Gegenw. Nr. 2, 1934.

Jeżeli osobnik chory na cukrzycę zapada w stan śpiączki, decydującem z punktu widzenia leczniczego jest ustalenie jej istoty. Należy tu uwzględnić śpiączkę cukrzycową, wylew krwawy, guzy mózgu, zapalenie opon mózgowych i śpiączkę hypoglykemiczną. Odróżnienie śpiączki cukrzycowej od śpiączki hypoglikemicznej nastręcza niekiedy znaczne trudności. Jeżeli z wywiadu wynika, że śpiączka wystąpiła w 3—5 godzin po zastrzyku insuliny i chory dotychczas czuł się zupełnie dobrze, siłą rzeczy narzuca się rozpoznanie niedocukrzenia krwi. Przy braku wywiadów, brak oddechu Kusmaaul'a i zapachu acetonu z ust, brak hipotonji gałek ocznych, wilgotna skóra, zwolnione niekiedy niemiarowe tętno, drgawki, dodatni objaw Babińskiego przemawiają raczej za śpiączką

hypoglykemiczną. Z chwilą rozpoznania śpiączki cukrzycowej należy jak najwcześniej przystąpić do energicznego leczenia insuliną, zbyt późna interwencja zwiększa znacznie szanse zejścia śmiertelnego. Wezwany lekarz winien chorego przekazać klinice, przedtem jednak obowiązkiem jego jest rozpocząć skuteczną walkę ze śpiączką. Chory powinien doraźnie otrzymać 50 j. insuliny dożylnie i 50 j. podskórnie, o ile wstrzykiwanie dożylne nastręcza trudności wstrzykuje się podskórnie 100 j. Jednocześnie z wstrzyknięciem insuliny chory powinien otrzymać łatwo ulegające wchłonieniu węglowodany: jeżeli chory może łykać podaje się doustnie soki owocowe z 12—24 gr. lewulozy lub cukru gronowego, jeżeli łykanie jest niemożliwe wstrzykuje się 20—40 cm^3 50% cukru dożylnie, lub też 5% roztwór domięśniowo. Gdy wezwany lekarz nie może rozstrzygnąć czy śpiączka jest cukrzycowa czy też hypoglykemiczna, winien wstrzyknąć tylko cukier gronowy bez insuliny. W klinice kontynuuje się leczenie insuliną i w zależności od ciężkości przypadku wstrzykuje się co 2—4 godziny po 80 jedn. podskórnie aż do odcukrzenia moczu i do chwili gdy poziom cukru we krwi znacznie opadnie. Przy tego rodzaju leczeniu prawie nigdy nie spostrzegał autor hypoglykemji, nigdy też nie obserwował uszkodzenia naczyń krwionośnych przez insulinę. Z chwilą wprowadzenia insuliny leczenie zasadami, jedynie skuteczne w erze przedinsulinowej, straciła niemal całkowicie swą wartość. bednak i dziś jeszcze autor w cięższych przypadkach śpiączki cukrzycowej stosuje 5% roztwór lewulozy z 4% roztworem sody; wstrzykuje się dożylnie ½ litra i w ciągu 24 godzin kilkakrotnie powtórzyć można dożylnie lub podskórnie. Pozatem przy leczeniu śpiączki cukrzycowej należy zwracać baczną uwagę na stan narządu krążenia. Przyczyną zejścia śmiertelnego w śpiączce najczęściej jest niedomoga krążenia; im dłużej trwa toksyczne uszkodzenie ośrodków naczynioruchowych, tem większe niebezpieczeństwo dla chorego. Po 8—10 godzinnem trwaniu kwasicy zmiany w narządzie krążenia są zwykle nieodwracalne i mimo usunięcia kwasicy i obniżenia poziomu cukru we krwi. Dlatego też we wszystkich przypadkach śpiączki cukrzycowej, należy od pierwszej chwili energicznie zadziałać na narząd krążenia. Dożylnie wstrzykuje się 0,3 — 0.5 mg. stro-

fantyny, co godzinę podskórnie koraminę lub camphydryl w połączeniu z kofeiną, w razie potrzeby adrenalinę.

——:o:——

Dr. BELA V. BARDOSYA: *Coramina, jako środek cucący w znieczuleniach chirurgicznych.* (Wiener Mediz. Wchschr. 1933. Nr. 48).

Po wszelkich zabiegach położniczych, przeprowadzonych za pomocą evipanu, celem dowolnego przerwania uśpienia lub wystąpienia grożących objawów zapaści, stosował autor w szkole dla położnych w Szolniku na Węgrzech, coraminę w ilości 5—15 cm^3 dożylnie. Już podczas wstrzykiwania pogłębiał się oddech, a tętno stawało się pełniejsze po chwilowem przyśpieszeniu. Stan ogólny poprawiał się i wracał do normy.

„Zupełnie uzasadnione jest twierdzenie, że zapomocą coraminy dowolnie możemy regulować trwanie narkozy i znieczulenia".

Dr. Zygmunt Kuśnierczyk.

OCENA.

Dietetyka. Pod redakcją Prof. Dra J. K. Parnasa (Lwów), Prof. Dra F. Malinowskiego (Warszawa), Doc. Dra St. Kleina (Warszawa), Dra L. Justmana (Warszawa) i Mag. Przyrody i Dietetyki Marji Morzkowskiej (Warszawa).

Nakładem Warszawskiej Ajencji Wydawniczej „Delta". Str. 701. Cena zł. 40.—

Codzienne doświadczenia kliniczne aż nazbyt jaskrawie świadczą o tem, że we wszystkich działach medycyny, w każdej poszczególnej chorobie, odpowiednie i racjonalne postępowanie dietetyczne odgrywa bardzo ważną rolę w ogólnym całokształcie lecznictwa.

W niektórych schorzeniach, zwłaszcza przewodu pokarmowego, w schorzeniach wątroby, nerek, tak wielorakich, a nieraz tajemniczo skomplikowanych zaburzeniach przemiany materji, gdzie w orbitę choroby wciągnięte bywają gruczoły wewnętrznego wydzielania — leczenie farmakologiczne i zabiegi fizykalne ustępują na plan drugi, dominuje rozumnie skomponowana djeta.

Dieta, w rękach doświadczonego lekarza, obeznanego z ogólnemi zasadami dietetycznemi — chemicznemi i fizjologicznemi, gospodarką mineralną i kwasowo-zasadową ustroju, nie tylko przynosi choremu ulgę w b. nieraz ciężkich cierpieniach, lecz często przywraca mu zupełną równowagę i powrót do całkowitego zdrowia.

W miarę zupełnie słusznego ujmowania zjawisk chorobowych z punktu widzenia zakłóconej równowagi fizyko-chemicznej ustroju, a nie tylko zmian anatomo-patologicznych, mających raczej zbyt wąskie znaczenie topograficzne, leczenie dietetyczne jest dziś może jeszcze zbyt mało uwzględniane i nienależycie doceniane.

Najlepszym dowodem doniosłości wyżej poruszonej sprawy jest imponujące dzieło lakonicznie nazwane „Dietetyka", lecz o niezmiernie bogatej i b. interesującej treści.

Do opracowania tego dzieła powołano doświadczonych specjalistów - lekarzy i nie pominięto żadnego działu medycyny, nawet takich schorzeń, które pozornie zupełnie leczenia tego nie wymagają. Jednak w miarę pogłębiania biochemicznych własności chorego organizmu — dieta okazała się nieodłączną koniecznością terapeutyczną.

Podział „Dietetyki" daleki jest od jakiegoś schematycznego szablonu. I-sza część ogólna zapoznaje lekarza często mało wtajemniczonego w istotę leczenia dietetycznego, z podstawami chemicznemi i fizjologicznemi dietetyki, gospadarką wodną, mineralną, kwasowo-zasadową, następnie przechodzi do II-ej części — dietetyki szczegółowej wyczerpująco omawiającej wszelkie możliwe schorzenia i działy medycyny, gdzie leczenie dietetyczne bywa nieraz zbawienne w swem działaniu.

I wreszcie w części III-ej podano słusznie, po macoszemu dotychczas traktowane, zasady naukowe, techniczne i praktyczne sztuki kulinarnej.

Wielki postęp w ostatnich czasach leczenia dietetycznego jest zapowiedzią tego, że racjonalne odżywianie — wprowadzenie odpowiednich pokarmów — będzie miało znaczenie zapobiegawczo - profilaktyczne w najrozmaitszych chorobach o różnej etjologji.

Być może, błędy dietetyczne kryją w sobie okrutną zagadkę powstawania nowotworów złośliwych.

Ciekawe to i jedyne w piśmiennictwie polskiem tak wyczerpujące dzieło zasługuje ze wszech miar na szerokie poparcie i powinno znajdować się w bibljotece każdego lekarza-praktyka.

Książka jest bardzo starannie wydana i drukowana na dobrym papierze.

A. Krakowski.

NOTATKA TERAPEUTYCZNA.

Na posiedzeniu Lekarskiego Towarzystwa Wiedeńskiego Dr. I. Wilder przedstawił przypadek, dotyczący neuralgji nerwu trójdzielnego, który, naskutek rozmaitych chwiejnych objawów neurologicznych i lekkiego obrzmienia tarczy zastoinowej, wzbudzał podejrzenie nowotworu móz-

gu; poza kurczami w łydce podejrzewano kamicę nerkową. We krwi znaleziono wzmożony poziom kwasu moczowego, dochodzący do 7 mg. %. w końcu postawiono rozpoznanie następujące: zmiany w kręgach szyjnych o charakterze „spondylarthrosis deformans". Po zastosowaniu bezmięsnej diety i Uricediny nastąpiło szybkie wyleczenie, tarcza zastoinowa znikła.

NADESŁANE.

Nakładem Wojewódzkiego Instytutu Rzemieślniczo-Przemysłowego w Poznaniu wychodzi kwartalnik „Psychometrja" pod redakcją Dr. Jana Schwarza, poświęcony psychologji stosowanej ze szczególnem uwzględnieniem psychometrji zawodowej i szkolnej.

Numer I „Psychometrji" zawiera następujące artykuły:

1. Rozkład ilorazów inteligencji w szkołach poznańskich.
2. Szacowanie inteligencji.
3. Życzenia zawodowe młodzieży poznańskiej.

Kwartalnik bogato ilustrowany wydano niezwykle starannie, na dobrym papierze. Cena bardzo przystępna (prenumerata kwartalna 1 zł., roczna 4 zł.).

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.